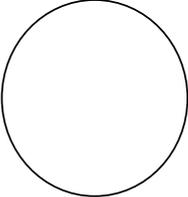


診療情報提供書

チェックボックス□は該当項目すべてにチェックを、ラジオボタン○はいずれか一つにチェックを。

氏名	年 月 日生 歳		性別 ○男 ○女
診断 (発症年月日、 手術年月日)	1	年 月 日	発症
	2	年 月 日	発症
	3	年 月 日	発症
併存疾患	<input type="checkbox"/> 循環器疾患() <input type="checkbox"/> 精神疾患() <input type="checkbox"/> 褥創・皮膚疾患() <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍() <input type="checkbox"/> 腰痛・膝痛() <input type="checkbox"/> その他(糖尿病、腎疾患、呼吸器疾患、胆石など消化器疾患、腎・泌尿器科疾患ほか)		感染症 HCV + - 未 HBV + - 未 梅毒 + - 未 MRSA + - 未 その他()
	既往歴		
現病歴 (入院中に生じた肺炎などの合併症があれば、必ず記載下さい)	入院中の合併症		
精神状態	<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 社会的礼節の欠如 <input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> その他()	画像所見 (病変部位をシェーマにさせていただくと分かりやすいです。頭部CT、MRIなど)	
身体所見	<input type="checkbox"/> 麻痺() <input type="checkbox"/> 失調() <input type="checkbox"/> 感覚障害() <input type="checkbox"/> 失語症() <input type="checkbox"/> 失語症以外の高次脳機能障害() <input type="checkbox"/> 嚥下障害() <input type="checkbox"/> 誤嚥のリスク ○高い ○中等度 ○低い 具体的な所見		
病前のADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他()		
治療 (内服薬及びインスリンなどの注射、点滴、他の医療処置)	治療薬、全てを記載ください。(内服、注射、点滴、抗癌剤、外用薬)		医療処置、該当項目にチェック <input type="checkbox"/> ECG、SPO2モニター <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル、導尿 <input type="checkbox"/> 酸素、人工呼吸器(BIPAP等も) <input type="checkbox"/> 気管切開または吸引 <input type="checkbox"/> CV(中心静脈栄養) <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()
日常生活機能に関する予後の説明	<input type="radio"/> 説明していない。 <input type="radio"/> ある程度自立すると説明した。 <input type="radio"/> 介助が欠かせないだろうと説明した。 <input type="radio"/> 今後の見通しについては不明と説明した。 <input type="radio"/> その他()		
記載日	年 月 日	病院名 診療科	担当医署名

!!血液検査、心電図所見、胸部レントゲン所見は貴施設のもをそのままコピーして必ず貼付してください!!

患者氏名 _____ 身長 _____ 体重 _____

安全な入院リハビリを提供するにあたり、必要な対策を考慮する上で有用な情報です。下記の項目について、お教えください。当てはまるところに○を付けてください。
記載は、病棟の看護師にお願いしますが、リハビリに対する姿勢についてはリハビリセラピストにもご相談ください。

病前ADL	自立	見守り	軽介助	重介助	情報なし
-------	----	-----	-----	-----	------

リハビリに対する姿勢	Yes	No
病識がある。(自分の不自由さを認識し、それに対しリハビリの必要性を理解している。)		
意欲的にリハビリに参加している。(訓練参加を何度も促す必要がない)		
危険を認識し、注意をはらえる。		
リハビリの指示に適切に従える。		
リハビリの学習が積み重なっている。		
腰痛または膝痛などに煩わされることなく、リハビリが制限されず順調に行える。		

日常生活動作	自立	見守りまたは セッティング	軽介助	重介助	不可能	必要とする自助具 があれば記載
寝返り						
座位保持						
ベッド→車椅子、 車椅子→トイレ移乗						
起立						
歩行						
更衣						
入浴						
食事	自立	セッティング	介助	経口摂取していない	経管栄養(経鼻、胃瘻)または 中心静脈栄養	

経口摂取の場合は食事種類・形態を記載。 → ()
(常食、糖尿病食1500KCal、五分粥・キザミなど)

摂食・嚥下	問題なし	ムセあり (トロミが必要)	吸引が必要			
-------	------	------------------	-------	--	--	--

排泄	排泄随意性	排泄方法				
排尿	尿意: あり・なし	トイレ自立	トイレ介助	ポータブル	オムツ内失禁	カテーテル他
排便	便意: あり・なし	トイレ自立	トイレ介助	ポータブル	オムツ内失禁	ストマ他

コミュニケーション	問題なし	複雑な文レベル	単語・単文レベル	不能
-----------	------	---------	----------	----

表出

正常	「疲れているのでリハビリを休ませて下さい」と言語で表現できる	「お茶を飲みたい」と言語で表現できる	発声不能
----	--------------------------------	--------------------	------

理解

(だいたいレベルを右の線分に○をつけて下さい。)

正常	「安静時の採血をするのでベッドに横になってください。」の口頭指示に正しく従える	「眼を閉じてください」の口頭指示に正しく従える	理解不能
----	---	-------------------------	------

職種 _____

記載日 年 月 日

署名 _____

情報資料2(看護師用)

虎の門病院分院
回復期リハビリテーション病棟宛

患者氏名 _____

安全な入院リハビリを提供するにあたり、必要な対策を考慮する上で有用な情報です。下記の項目について、お教えてください。当てはまるところに○を付けてください。記載は、病棟の**看護師**にお願いします。

看護上の注意点	YES	NO
礼儀・節度が保たれている。		
看護師の指示を正しく理解し、安静の指示を守ることができる。		
要求のある時に、ナースコールで看護師を呼ぶ事ができる。		
一般患者のいる大部屋生活でも、他患者に迷惑をかけることなく夜間を過ごすことが可能である。(大部屋対応可能)		
介護に抵抗・拒否することがある。		
危険認識が低く、車椅子上の安全ベルト、ベッド上でのセンサーなど(行動制限・抑制)を安全対策のために必要とする。		
節度なく要求を繰り返す(頻回にナースコールを鳴らす、他患対応中の看護師を待つことができないなど)		
食事中、介助、見守りなどで横に付き添っていただけない。		
物忘れが目立つ		
難聴		
その他 ()		

危険・問題行動

夜間不穏・昼夜逆転		
大声を出す・怒鳴る・易怒性・暴力行為		
徘徊する(運動機能障害は軽度だが、安静の指示を守れない。)		

職種 _____

記載日 年 月 日 署名 _____

虎の門病院分院回復期リハビリテーション病棟 宛 患者氏名 _____ 年 月 日生

患者さんのご家族（主たる介護者）の方に記載をお願いします。 記載者の続柄 _____

1. 病状についてどのように説明を受けていますか？（○をつけて下さい。必要項目は記載下さい。）
 - a. 病名・病状など：(_____)
 - b. 聞いていない。
2. 今後の回復についてどのように説明を受けていますか？
 - a. 自立した生活ができるようになる、と聞いた。
 - b. 症状は残存し、退院後は何らかの介助が欠かせない、と聞いた。
 - c. 詳しくは聞いていない。
3. 退院後の公的支援について（介護保険・身障者自立支援法など）ご存知ですか？
 - a. 知っている、介護保険は申請済み。
 - b. 知っているが、介護保険はまだ申請していない。
 - c. 知らない。
4. 患者さんがどのような回復状況になれば、退院後に在宅での介護が可能と考えますか？
 - a. 全くの寝たきり、食事から排泄、全ての日常生活動作に昼夜問わず介護が必要な状況であっても、力を合わせて家で見て行くつもりである。
 - b. 車椅子の生活、日中介護が必要という回復状況であっても、介護サービスを使って何とか家で見て行くつもりである。
 - c. 一人で身の回りの生活動作ができなければ、家での介護は難しく老人保健施設入所も考えている。
 - d. 歩行、身の回りの生活動作が自立しても、家での介護は難しく老人保健施設入所も考えている。
5. 家庭の状況について
 - a. 患者さん本人は、日中、家で一人になってしまう状況がある。
 - b. 日中一緒にいて、患者さんを看ることのできる家族がいる。
6. リハビリへの期待
 - a. リハビリで日常生活が自立するところまで回復すると期待している。
 - b. リハビリである程度は回復するが、移動・排泄などに介護が欠かせないと考えている。
7. 患者さんの状態によっては個室対応が必要になることがあります。差額ベッド代の必要な個室での入院は可能ですか？（一日あたり料金; a. 2.5万円 b. 2万円 c. 1万円 d. 差額ベッド代なし）
 1. aのみ bのみ cのみ 2. a-c可能 3. dのみ
8. 虎の門病院・分院 受診歴の有無
 - a. なし b. あり（ _____年____月頃、 診察券登録番号 _____）
9. 家族・家屋状況（夫、74、○、のように記載し、家屋はあてはまるものに○をつけて下さい。）

続柄	年齢	同居の可能性(○、×)

項目	あてはまるところに○をつけてください
家屋	持家 ・ 借家
	戸建 ・ マンション ・ アパート
改造	可 ・ 不可
エレベーター	有 ・ 無